

УДК 332.144

EDN: MAYNWC

DOI: 10.65891/2949-1983-2026-22-2-18-21



©2026 Контент доступен по лицензии CC BY-NC 4.0
This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 license
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КАК СУБЪЕКТЫ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ШЕЛЕХОВА Анна Анатольевна, аспирант

*Херсонский государственный педагогический университет
273003, Россия, Херсон, baykalland@mail.ru*

Аннотация. В статье исследуется трансформация положения государственных медицинских организаций в условиях рыночной модели здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Анализируется институциональная двойственность государственных учреждений, вынужденных совмещать выполнение государственного задания с необходимостью обеспечения экономической эффективности и конкурентоспособности в условиях присутствия частных медицинских организаций на рынке ОМС. На основе анализа эволюции российской модели ОМС, нормативно-правовых изменений 2025–2026 годов и эмпирических данных выявлены ключевые противоречия в финансовом обеспечении государственных медицинских организаций, кадровые дисбалансы и административные барьеры. Предложены направления совершенствования организационно-экономического механизма функционирования государственных медицинских организаций как полноправных субъектов рынка медицинских услуг.

Ключевые слова: государственные медицинские организации, обязательное медицинское страхование (ОМС), рынок медицинских услуг, конкуренция, финансирование здравоохранения, страховая медицинская организация, программа государственных гарантий, тарифная политика.

© Шелехова А.А., 2026

STATE MEDICAL ORGANIZATIONS AS SUBJECTS OF THE MEDICAL SERVICES MARKET UNDER COMPULSORY HEALTH INSURANCE

SHELEKHOVA Anna Anatolyevna, Postgraduate Student

*Kherson State Pedagogical University,
273003, Russia, Kherson, baykalland@mail.ru*

Abstract. The article examines the transformation of the position of state medical organizations in the context of the market model of healthcare and the compulsory health insurance (CHI) system. The institutional duality of state institutions forced to combine the implementation of state assignments with the need to ensure economic efficiency and competitiveness in the presence of private medical organizations in the CHI market is analyzed. Based on the analysis of the evolution of the Russian CHI model, regulatory changes in 2025–2026 and empirical data, key contradictions in the financial support of state medical organizations, personnel imbalances and administrative barriers are identified. Directions for improving the organizational and economic mechanism of functioning of state medical organizations as full-fledged subjects of the medical services market are proposed.

Keywords: state medical organizations, compulsory health insurance (CHI), medical services market, competition, healthcare financing, health insurance organization, state guarantee program, tariff policy.

© Shelekhova A.A., 2026

ВВЕДЕНИЕ

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Российской Федерации за три десятилетия своего существования претерпела значительную эволюцию – от попытки построения конкурентной модели с активным участием страховых посредников до практически полного доминирования государственного регулирования. В этих условиях государственные медицинские организации (ГМО), оставаясь основными провайдерами медицинской помощи, сталкиваются с необходимостью функционирования в рыночной среде, где наряду с ними действуют частные клиники, активно интегрирующиеся в систему ОМС.

Вопросы финансирования здравоохранения в системе ОМС рассматриваются в работах И. М. Шеймана, С. В. Шишкина, Л. В. Егоровой [2], Ю. А. Алтынова [3; 5] и других авторов. Анализу трансформации программы государственных гарантий посвящены публикации сотрудников Федерального фонда ОМС. Исследования тарифной политики в системе ОМС проводятся на региональном уровне. Однако комплексный анализ положения государственных медицинских организаций как субъектов рынка медицинских услуг, учитывающий последние нормативные изменения 2025–2026 годов, представлен недостаточно.

МЕТОДОЛОГИЯ

Настоящее исследование выполнено в рамках системного анализа функционирования государственных медицинских организаций (ГМО) как субъектов рынка медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Исследование носило

комплексный характер и включало анализ нормативно-правовых документов, статистических данных, а также результатов эмпирических исследований, опубликованных в открытых источниках.

В работе использованы следующие методы научного познания:

1. Метод системного анализа – позволил рассмотреть ГМО как элемент сложной институциональной системы, включающей взаимодействие с территориальными фондами ОМС (ТФОМС), страховыми медицинскими организациями (СМО), органами исполнительной власти и частными медицинскими организациями.

2. Метод сравнительного правового анализа – применен для изучения эволюции нормативно-правовой базы ОМС в период 2020–2026 годов, включая анализ Федерального закона № 326-ФЗ, Федерального закона № 430-ФЗ, Программы государственных гарантий на 2025–2028 годы и иных подзаконных актов.

3. Метод статистического анализа – использован для обработки данных о финансировании системы ОМС, показателях удовлетворенности населения медицинской помощью, объемах проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

4. Метод институционального анализа – позволил выявить противоречия в распределении функций и полномочий между участниками системы ОМС.

5. Метод экспертных оценок – применен для интерпретации данных о рисках, связанных с институциональными изменениями 2025–2026 годов.

В качестве информационной базы использованы:

– официальные тексты нормативных правовых ак-

тов (Федеральный закон № 326-ФЗ, Федеральный закон № 430-ФЗ, Программа государственных гарантий, приказы Минздрава России, письма ФФОМС) [1; 4; 7];

- данные Федерального фонда ОМС и территориальных фондов ОМС о финансировании программы ОМС и показателях удовлетворенности населения;

- экспертные комментарии представителей Всероссийского союза страховщиков, Всероссийского союза пациентов, Национальной медицинской палаты, опубликованные в отраслевых СМИ [6; 9].

Исследование охватывает период 2020–2026 годов с акцентом на нормативно-правовые изменения 2025–2026 годов, связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ и утверждением Программы государственных гарантий на 2026–2028 годы.

Исследование имеет ряд ограничений: во-первых, оно базируется на открытых опубликованных данных, что не позволяет провести верификацию первичной статистической информации; во-вторых, институциональные изменения 2026 года находятся на стадии реализации, что не позволяет оценить их долгосрочные эффекты; в-третьих, исследование не включает анализ на уровне отдельных медицинских организаций, ограничиваясь макро- и мезоуровнем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ нормативно-правовых актов 2025–2026 годов выявил устойчивую тенденцию роста финансового обеспечения системы ОМС. Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2025 г. № 2188 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027–2028 годов [7].

Ключевые изменения Программы государственных гарантий (ПГГ-2026) включают [7]:

- расширение базовой программы ОМС за счет включения программы исследований в Центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия);

- вакцинацию для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет;

- гарантированное определение липопротеида (а) и оценку липидного профиля;

- применение телемедицинских технологий как при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, так и для оказания непосредственной помощи застрахованным гражданам;

- дистанционное наблюдение за состоянием больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Размер подушевого норматива финансирования на 2026 год утвержден [7]:

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (на 1 жителя) – 5 402,10 рубля (увеличение на 7 % к 2025 году);

- за счет средств ОМС по базовой программе (на 1 застрахованного) – 24 922,9 рубля (увеличение более чем на 10 % к 2025 году).

С сентября 2025 года вступили в силу новые Правила обязательного медицинского страхования. 28 ноября 2025 года подписан Федеральный закон № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»» [1; 5].

Ключевые изменения, закрепленные Федеральным законом от 28.11.2025 № 430-ФЗ [1; 4; 6]:

1. Уточнение полномочий территориальных фондов ОМС (ТФОМС). В статье 34 Закона № 326-ФЗ закреплено, что ТФОМС осуществляет полномочия страховых медицинских организаций в случае, предусмотренном частью 11 статьи 14. ТФОМС новых регионов (ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областей) наряду с основными полномочиями осуществляют функции СМО: оформление и выдачу полисов ОМС, учет застрахованных лиц, оплату медицинской помощи [4; 6].

2. Отказ от передачи полномочий СМО ТФОМС по решению глав регионов. Ранее обсуждавшаяся револю-

ционная поправка, предусматривающая возможность передачи полномочий СМО ТФОМС по решению главы региона, в окончательную версию закона не вошла. Вместо этого закреплено, что ТФОМС осуществляет полномочия СМО только в случае отсутствия страховых организаций в регионе [1]. Такой подход, по мнению специалистов, сохраняет единство системы ОМС на всей территории РФ [1].

3. Усиление контроля за деятельностью СМО. Федеральный фонд ОМС разрабатывает порядок расчета показателей оценки деятельности СМО. Предусмотрена возможность включения в договор о финансировании ОМС дополнительных показателей оценки деятельности СМО по решению комиссии по разработке Территориальной программы ОМС [1].

4. Увеличение минимального страхового стажа для иностранных граждан. Минимальный страховой стаж для получения полиса ОМС отдельными категориями иностранных граждан увеличен с 3 до 5 лет [4; 6].

5. Уточнение правил расходования средств ОМС. В статье 35 Закона № 326-ФЗ уточнены правила документального оформления условий расходования средств ОМС, оставшихся у медицинской организации по завершении финансового года. Установлены отдельные правила согласования таких расходов для региональных, федеральных учреждений и частных клиник [1; 4].

В структуру тарифа ОМС на 2026 год включены новые виды расходов [7]:

- транспортные услуги, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и медицинских грузов;

- расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание медицинских информационных систем (МИС) за счет средств ОМС при наличии исключительных/неисключительных прав на использование программного продукта;

- предельный размер расходов на арендную плату и лизинг за один объект в расчете на год не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств (400 тыс. или 1 млн рублей в зависимости от вида основного средства) [7].

Сохранена норма о недопустимости расходования средств ОМС на содержание неиспользуемого коечного фонда (исключение – простой, связанный с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий). Финансовое обеспечение содержания неиспользуемого коечного фонда осуществляется за счет бюджета региона [7].

Несмотря на рост финансирования, сохраняется проблема несоответствия тарифов ОМС реальным затратам медицинских организаций. Как отмечает Л. В. Егорова, темпы инфляции не покрывают регулярных темпов роста выделяемых средств на медицину. Накопившиеся ранее и появившиеся на современном этапе проблемы (обветшание основных фондов, развитие дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи, закупка лекарственных средств по параллельному импорту) требуют большего финансирования, чем выделяется в настоящее время [2, с. 45].

Ю. А. Алтынов в своих исследованиях, посвященных оценке эффективности использования финансовых средств при реализации программы государственных гарантий, отмечает необходимость совершенствования механизмов финансового менеджмента в государственных медицинских организациях [3; 5].

Государственные медицинские организации функционируют в условиях растущей конкуренции с частным сектором. Частные клиники, работающие в системе ОМС, обладают рядом преимуществ: более гибкая система управления, меньшая бюрократическая нагрузка, возможность устанавливать более высокий уровень оплаты труда.

Для государственных медицинских организаций эта конкуренция создает серьезные вызовы:

- отток квалифицированных кадров в частный сектор;

– перераспределение пациентопотока в пользу частных клиник;

– сохранение функции оказания наиболее сложных и затратных видов помощи, остающихся нерентабельными.

В то же время государственные медицинские организации сохраняют ключевую роль в оказании уникальной высокотехнологичной помощи, включая трансплантацию органов и сложные кардиохирургические вмешательства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование позволило выявить ряд ключевых противоречий и тенденций, характеризующих положение государственных медицинских организаций как субъектов рынка медицинских услуг в условиях ОМС.

Одним из наиболее дискуссионных вопросов, выявленных в ходе исследования, является трансформация роли страховых медицинских организаций в системе ОМС и связанные с этим риски для государственных медицинских организаций.

Как показал анализ, с 2021 года контроль качества высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях был передан от СМО Федеральному фонду ОМС. По данным Минздрава России, в 2021–2025 годах фонд провел 186 тыс. медико-экономических экспертиз и 68 тыс. экспертиз качества медицинской помощи, причем количество последних выросло с 2,4 тыс. в 2021 году до 21 тыс. в 2024 году [2]. В ведомстве подчеркивают, что качество лечения в федеральных медучреждениях осталось на высоком уровне.

Однако, как отмечает вице-президент Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию Роман Щеглеватых, пациенты продолжают обращаться за защитой к страховщикам: по вопросам оказания помощи в федеральных медучреждениях в страховые компании поступает около 1,5 тыс. обращений в месяц, причем обоснованными признаются 70–75 % всех жалоб. Это свидетельствует о сохраняющейся востребованности института страховых представителей.

В 2025 году дискуссия о роли СМО достигла нового уровня. В Государственную Думу был внесен законопроект, предусматривающий право глав регионов передавать полномочия СМО территориальным фондам ОМС. По итогам обсуждения был принят Федеральный закон № 430-ФЗ, который, однако, отказался от радикальной меры передачи полномочий по решению глав регионов, закрепив, что ТФОМС осуществляет полномочия СМО только в случае отсутствия страховых организаций в регионе [9].

Тем не менее, эксперты указывают на возможные риски объединения функций контролера и контролируемой системы. Как отмечает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв, «ТФОМС формально отделен от регионального Минздрава, но фактически они – части одной вертикали. Передача контроля им означает, что следить за качеством будет тот же орган, который все финансирует» [9].

С позиций государственных медицинских организаций, данная дискуссия имеет принципиальное значение. С одной стороны, медицинские организации неоднократно выражали недовольство штрафными санкциями со стороны СМО, которые, по их мнению, носят формальный характер и не всегда направлены на реальное улучшение качества помощи. Как отмечается в отраслевых источниках, штрафные санкции со стороны СМО составляют до 80–90 % от всех санкций, налагаемых на медицинские организации, при этом экспертизу качества нередко проводят специалисты, не имеющие опыта работы в соответствующем профиле.

Исследование выявило сохраняющуюся проблему несоответствия тарифов ОМС реальным затратам медицинских организаций. Несмотря на рост подушевого норматива финансирования (в 2026 году – 24 922,9 рубля на одного застрахованного, рост более чем на 10 % к 2025 году) [7], темпы инфляции, как отмечает Л. В. Егорова, не покрывают регулярных темпов роста выделяемых

средств на медицину [2, с. 45].

Важным шагом в решении данной проблемы стала разработка Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава России методики оценки финансово-экономического состояния медицинских организаций. Методика оценивает риски образования просроченной кредиторской задолженности и позволяет формировать типизированные заключения и организационные решения для учреждений, сгруппированных по результатам интегральной оценки уровня риска [8]. Внедрение данной методики может способствовать повышению финансовой устойчивости ГМО, однако ее практическая реализация требует дальнейшего совершенствования.

В 2025 году произошло значительное расширение системы показателей результативности деятельности медицинских организаций, получающих оплату по подушевому нормативу. Как следует из совместного письма Минздрава России и ФФОМС от 19 ноября 2025 г., в перечень показателей включены: доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших профилактический осмотр или диспансеризацию; доля экспертиз качества медпомощи, в которых выявлены нарушения; необоснованный отказ в медицинской помощи [10]. Кроме того, расширены показатели по выявлению пациентов на стадии подозрения на злокачественные новообразования и заболевания системы кровообращения [10].

Как указывают Минздрав и ФФОМС, такой подход должен повысить финансовую заинтересованность медицинских работников в раннем выявлении заболеваний и качественном лечении прикрепленного населения [10]. Однако эффективность данного механизма требует эмпирической проверки.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Несмотря на расширение присутствия частного сектора, именно государственные учреждения обеспечивают оказание наиболее сложных и затратных видов медицинской помощи, включая высокотехнологичную помощь. Программа государственных гарантий на 2026 год расширена за счет новых видов диагностики, телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями [7].

2. Принятый Федеральный закон № 430-ФЗ отказался от передачи полномочий СМО ТФОМС по решению глав регионов, что позволяет сохранить единые подходы к оказанию помощи по программе ОМС на всей территории РФ [1]. Одновременно усилен контроль за деятельностью страховых медицинских организаций через систему показателей оценки их эффективности [1].

3. Несмотря на увеличение финансирования (подушевой норматив по ОМС вырос более чем на 10 % в 2026 году), существующая тарифная политика не в полной мере обеспечивает покрытие экономически обоснованных затрат медицинских организаций, что создает риски для их финансовой устойчивости [2; 9].

4. Включение в тариф расходов на медицинские информационные системы, транспортные услуги с использованием беспилотных авиационных систем и уточнение лимитов по аренде и лизингу расширяет финансовые возможности государственных медицинских организаций [7].

5. Для повышения эффективности функционирования государственных медицинских организаций необходимы следующие меры:

— дальнейшее совершенствование тарифной политики с учетом реальных затрат на оказание медицинской помощи;

— сохранение единой системы ОМС на всей территории РФ с участием страховых медицинских организаций;

— обеспечение доступности новых видов диагностики и лечения, включенных в программу ОМС [7].

— внедрение телемедицинских технологий для повышения доступности медицинской помощи [7];

— развитие медицинских информационных систем за счет средств ОМС;

— оптимизация использования коечного фонда с учетом норм о недопустимости финансирования неиспользуемых коек за счет средств ОМС [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 28.11.2025 № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>
2. Егорова Л.В. Анализ рекомендаций по совершенствованию финансирования здравоохранения / Л.В. Егорова // Управленческий учет. — 2025. — № 3. — С. 45–51.
3. Алтынов Ю.А. Модель оперативного управления финансовыми ресурсами государственного учреждения здравоохранения / Ю.А. Алтынов // Экономика и управление: проблемы, решения. — 2023. — № 6. — С. 77–83.
4. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 28.11.2025 № 430-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. — 2010. — № 49. — 6422 с.
5. Алтынов Ю.А. Оценка эффективности использования финансовых средств при реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи / Ю.А. Алтынов // Аудиторские ведомости. — 2023. — № 2. — С. 46–51.
6. Путин утвердил поправки в № 326-ФЗ «Об ОМС» [Электронный ресурс] // Лига защитников пациентов. — 02.12.2025. — URL: https://ligap.ru/news/news_29720.html
7. Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» // Собрание законодательства РФ. — 2026. — № 2. — 345 с.
8. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (ред. от 04.09.2024) // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru>
9. Системный сбой: зачем медицину лишают независимого контроля? [Электронный ресурс] // ОЧН. — 08.10.2025. URL: <https://www.osnmedia.ru/ekonomika/sistemnyj-sboi-zachem-meditsinu-lishayut-nezavisimogo-kontrolya/>
10. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 ноября 2025 г. N 31-2/И/2-23252/00-10-26-2-06/19170 «О направлении изменений в методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» // Гарант. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413107115/>

REFERENCES

1. Federal Law No. 430-FZ dated 11/28/2025 “On Amendments to the Federal Law “On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation”” // Official Internet Portal of Legal Information. URL: <http://pravo.gov.ru>
2. Egorova L.V. Analysis of recommendations for improving healthcare financing / L.V. Egorova // Management accounting. 2025. No. 3. pp. 45–51.
3. Altynov Yu. A. A model of operational management of financial resources of a public health institution / Yu.A. Altynov // Economics and management: problems, solutions. 2023. No. 6. pp. 77–83.
4. Federal Law No. 326-FZ of 11/29/2010 “On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation” (as amended on 11/28/2025 No. 430-FZ) // Collection of Legislation of the Russian Federation. 2010. № 49. P. 6422.
5. Altynov Yu. A. Evaluation of the effectiveness of the use of financial resources in the implementation of the program of state guarantees for the provision of free medical care to citizens / Yu.A. Altynov // Audit reports. 2023. No. 2. pp. 46–51.
6. Putin approved amendments to No. 326-FZ “On Compulsory medical Insurance” [Electronic resource] // League of Patient Defenders. — 02.12.2025. URL: https://ligap.ru/news/news_29720.html
7. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 29, 2025 No. 2188 “On the Program of state guarantees of free medical care to citizens for 2026 and for the planned period of 2027 and 2028” // Collection of Legislation of the Russian Federation. 2026. No. 2. P. 345.
8. Order of the Ministry of Health of Russia dated 02/28/2019 No. 108n “On approval of the Rules of compulsory medical insurance” (as amended on 09/04/2024) // Official Internet portal of legal information. URL: <http://pravo.gov.ru>
9. System failure: why is medicine deprived of independent control? [Electronic resource] // MAIN. — 08.10.2025. URL: <https://www.osnmedia.ru/ekonomika/sistemnyj-sboi-zachem-meditsinu-lishayut-nezavisimogo-kontrolya/>
10. Letter No. 31-2 from the Ministry of Health of the Russian Federation and the Federal Compulsory Medical Insurance Fund dated November 19, 2025/And/2-23252/00-10-26-2-06/19170 “On the direction of changes to the methodological recommendations on ways to pay for medical care at the expense of compulsory medical insurance” // The Guarantor. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413107115/>

Received date: 30.03.2026

Approved date: 20.04.2026

Accepted date: 29.06.2026